

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное учреждение науки
ИНСТИТУТ «МЕЖДУНАРОДНЫЙ ТОМОГРАФИЧЕСКИЙ ЦЕНТР»
Сибирского отделения Российской академии наук

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
" ____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
" ____ " _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н¹ (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи, в том числе на **проведение ультразвукового исследования (УЗИ)** _____

_____ (наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

лицом, законным представителем которого я являюсь (**нужное подчеркнуть**), в отделении медицинской диагностики «МРТ технологии» Федерального государственного бюджетного учреждения науки Института «Международный томографический центр» Сибирского отделения Российской академии наук (далее – МТЦ СО РАН, ОГРН 1025403642110, ИНН 5408167950, КПП 540801001, 630090, г. Новосибирск, ул. Институтская 3 А).

Медицинским работником врач ультразвуковой диагностики _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в том числе, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне разъяснено, что это сложный, но безопасный и эффективный метод диагностики, проводимый на специальном оборудовании, не связанный с ионизирующим излучением и введением каких-либо радиоактивных веществ, который позволяет получать высокоинформативные изображения внутренних органов и поверхностных структур, что помогает установить диагноз и назначить правильное лечение.

Я согласен, что в процессе **ультразвукового исследования** может возникнуть необходимость во введении контрастного препарата, о которой мне сообщается дополнительно. Контрастное вещество вводится в полостной орган или внутривенно. Для этого в вену или полостной орган в зависимости от целей исследования может быть установлен катетер (тонкая трубочка) для более быстрого введения препарата. Эта процедура относится к низкой категории сложности и обычно не сопровождается какими-либо неприятными ощущениями или побочными реакциями. В случае отказа от проведения **ультразвукового исследования** с введением контрастного вещества, соответствующая запись будет сделана во врачебном заключении.

Мне разъяснено: 1) абсолютных противопоказаний к проведению транскорпорального **ультразвукового исследования** нет; 2) относительные противопоказания зависят от характера исследования (например, при исследовании внутривентральным, ректальным или вагинальным датчиками); 3) специфической подготовки не требуется, необходимо перед началом **ультразвукового исследования** снять с себя предметы в зоне проведения исследования.

Мне разъяснено, что в ходе **проведения ультразвукового исследования (УЗИ)** могут возникнуть осложнения, связанные с индивидуальной чувствительностью пациента. В частности, контакт с латексом и гелем связаны с минимальным риском развития легких аллергических реакций. Помимо аллергических реакций возможны кровоизлияния в местах и/или вокруг мест введения игл, катетеров, возможны неприятные ощущения вследствие повреждения кожных нервов. Большей частью они совершенно безвредны и проходят через некоторое время сами собой. Факторами риска являются форма и тяжесть основного заболевания, возможные сопутствующие заболевания, возраст, жизненные привычки и другие факторы.

Кроме того, я осознаю, что может возникнуть ситуация, угрожающая жизни по независящим от проводимого обследования причинам, обусловленная состоянием моего здоровья.

Настоящим, я подтверждаю и заверяю, что:

- сообщил(а) известные мне и правдивые сведения при заполнении Опросного листка, являющимся неотъемлемым приложением к настоящему согласию.

- имел (а) возможность задать любые интересующие меня вопросы, связанные с состоянием здоровья, предстоящим медицинским вмешательством и получил (а) на них исчерпывающие ответы, которые мне понятны как в отношении характера вмешательства, так и связанных с ним риском.

Мне сообщили, что в соответствии со ст. 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» информация о факте моего обращения за медицинской помощью, сведения о состоянии моего здоровья и диагнозе моего заболевания, другие сведения, полученные при обследовании и лечении, являются врачебной тайной и могут быть раскрыты только в пределах, установленных законодательством.

Используя моё право в соответствии со ст. 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:

1) Я даю согласие/не даю согласие (**нужное подчеркнуть**) на возможное присутствие **при проведении ультразвукового исследования (УЗИ) иных лиц**, не задействованных непосредственно в лечебном процессе, в целях: решения организационных вопросов, проведения научных исследований и учебного процесса.

2) Я даю согласие/не даю согласие (**нужное подчеркнуть**) на включение меня/лица, законным представителем которого я являюсь (**нужное подчеркнуть**) в группу пациентов, участвующих в научных исследованиях и/или публикациях, с использованием только **обезличенной медицинской информации**.

3) Настоящим я подтверждаю, что даю согласие МТЦ СО РАН/не даю согласие (**нужное подчеркнуть**) использовать **обезличенную** медицинскую информацию, полученную в ходе оказания мне/лицу законным представителем которого я являюсь (**нужное подчеркнуть**) первичной медико-санитарной помощи, в том числе **при проведении ультразвукового исследования (УЗИ)**, в научных целях, в совместных научных исследованиях с третьими лицами, в том числе с правом её публикации в научных журналах/учебных пособиях, с правом её размещения в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», в том числе социальных сетях и на телевидение, с правом её предоставления третьим лицам: на научных конференциях, обучающих семинарах и с целью разработок в области создания искусственного интеллекта, с условием соблюдения положений настоящего согласия и требований Федерального закона от 27.07.2006г. N 152-ФЗ. «О персональных данных». Все вышеуказанные заверения (согласия/разрешения) даны мною на основании моего свободного волеизъявления:

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя)

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (**нужное подчеркнуть**), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" ____ " _____ 20 ____ г.
(дата оформления)